

പിഎൻബി മെറ്റ്ലൈഫ് ഇന്ത്യ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിലിമിറ്റഡ്.

റജിസ്റ്റേർഡ് ഓഫീസ്: യൂണിറ്റ് നം. 701, 702 & 703, 7ആം നില, വെസ്റ്റ് വിംഗ്, രഹേജ ടോവേഴ്സ്, 26/27 എം ജി റോഡ്, ബാംഗളൂർ - 560001, കർണാടക. ഐആർഡിഎ ഓഫ് ഇന്ത്യ റജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ 117. സിഐ നം. U66010KA2001PLC028883. 1-800-425-6969-ൽ ടോൾ-ഫ്രിയായി ഞങ്ങളെ വിളിക്കുക. വെബ്സൈറ്റ്: www.pnbmetlife.com ഈമെയിൽ: indiaservice@pnbmetlife.co.in അരുമല്ലെങ്കിൽ, ഈ മേൽവിലാസത്തിൽ ഞങ്ങൾക്ക് എഴുതുക - ഫ്ലോറ നം. 1, ടെക്നീപ്ലക്സ് -1, ടെക്നീപ്ലക്സ് കോംപ്ലക്സ്, വീർ സവർകർ ഫ്ലൈവേറിന് അപുറം, ഗോറോൺ (വെസ്റ്റ്), മുംബൈ - 400062. ഫോൺ: +91-22-41790000, ഫാക്സ്: +91-22-41790203

HOSPITAL CERTIFICATE
ആശുപത്രി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

(TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING PHYSICIAN)

(പരിശോധിക്കുന്ന ചികിത്സകൻ പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

Patient Details:

രോഗിയുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

Name of the Patient:
രോഗിയുടെ പേര്:

Age: (Please Tick box) Sex: Male Female
വയസ്സ്: (ദയവായി കളത്തിൽ അടയാളമിടുക) ലിംഗം: പുരുഷൻ സ്ത്രീ

Address of the Patient:
രോഗിയുടെ വിലാസം:

Telephone No:
ടെലിഫോൺ നം.:

Name & Address of the Physician:(As Applicable):
ചികിത്സകന്റെ പേരും വിലാസവും: (ബാധകമായ വിധം):

Telephone No:
ടെലിഫോൺ നം.:

Name & Address of the Hospital: (As Applicable):
ആശുപത്രിയുടെ പേരും വിലാസവും: (ബാധകമായ വിധം):

Telephone No:
ടെലിഫോൺ നം.:

Hospital Inpatient No / MRD No:
ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് നം/എം ആർ ഡി നം.:

Particulars of Complaints and Symptoms:

പരാതികളുടെയും രോഗലക്ഷണങ്ങളുടെയും വിശദവിവരങ്ങൾ:

1. Reason for Hospitalization:
ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കാനുള്ള കാരണം

2. Date of first diagnosis/surgery: (DD/MM/YYYY)
രോഗനിർണയം ചെയ്ത/ശസ്ത്രക്രിയയുടെ തീയതി: (ദി/മാ/വവവവ)

3. Date and time of admission: (DD/MM/YYYY) : (in 24 Hrs format)
പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതിയും സമയവും (ദി/മാ/വവവവ) (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

4. Date and time of Discharge: (DD/MM/YYYY) : (in 24 Hrs format)
ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും: (ദി/മാ/വവവവ) (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

5. Exact diagnosis (es)/condition(s) :
കൃത്യമായ രോഗനിർണയം/അവസ്ഥ(കൾ):

6. Date of first Consultation (prior to hospitalization) (DD/MM/YYYY)
ആദ്യ വൈദ്യപരിശോധന (ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കും മുമ്പ്) (ദി/മാ/വവവവ)

7. Was the Patient admitted to ICU? Yes No If "Yes" Please specify below details:
രോഗിയെ ഐ സി യുവിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിരുന്നോ? ഉവ്വ് ഇല്ല "ഉവ്വ്" എങ്കിൽ ദയവായി താഴെ കൊടുത്ത വിശദാംശങ്ങൾ വ്യക്തമാക്കുക:

8. Date and time of Admission into ICU: (DD/MM/YYYY) : (in 24 Hrs format)
ഐ സി യുവിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ച തീയതിയും സമയവും: (ദി/മാ/വവവവ) (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

8. Date & time of Discharge from ICU: (DD/MM/YYYY) : (in 24 Hrs format)
ഐ സി യുവിൽനിന്ന് ഡിസ്ചാർജ്ജ് ചെയ്ത തീയതിയും സമയവും: (ദി/മാ/വവവവ) (24 മണിക്കൂർ സമയക്രമത്തിൽ)

8. A) With what complaints was the patient admitted for?
എ എൻ പ്രശ്നമായിട്ടാണ് രോഗിയെ അഡ്മിറ്റ് ചെയ്തത്?

B) Since when was the patient suffering from the said complaint?
ബി) മേൽപറഞ്ഞ പ്രശ്നം എപ്പോൾ മുതലാണ് രോഗിയെ ബാധിച്ചത്?

9. Please give previous medical history of the patient:
രോഗിയുടെ മുൻകാല മെഡിക്കൽ ചരിത്രം ദയവായി നൽകുക:

10. Is the ailment a complication of pre-existing disease or condition? If 'Yes' please give details.
മുമ്പ് ഉണ്ടായിരുന്ന രോഗമോ അവസ്ഥയോ മൂലം വന്ന സങ്കീർണതയാണോ ഈ അസുഖം? 'അതെ' എങ്കിൽ, ദയവായി വിശദാംശങ്ങൾ നൽകുക

11. Is the present ailment attributable to the influence of alcohol or intoxicating drugs?
മദ്യത്തിന്റെ അല്ലെങ്കിൽ ലഹരിമരുന്നുകളുടെ സ്വാധീനവുമായി നിലവിലെ അസുഖത്തിനെ ബന്ധപ്പെടുത്താനാകുമോ?

12. Exact cause of Illness: (if others Please specify)
രോഗം വരാനുള്ള കൃത്യമായ കാരണം: (മറ്റുള്ളവയാണെങ്കിൽ, ദയവായി വ്യക്തമാക്കുക)
Congenital Accidental Pre-existing Disability Others :
ജന്മനാലുള്ള അപകടത്താലുള്ള നേരത്തേ തന്നെയുള്ളത് വൈകല്യം മറ്റുള്ളവ:

13. ICD 10 Code: Details of Procedure/s done:
ഐ സി ഡി 10 കോഡ്: ചെയ്ത നടപടിക്രമത്തിന്റെ/ങ്ങളുടെ വിശദാംശങ്ങൾ:

14. Additional Remarks by Attending physician/ Surgeon:
പരിശോധിച്ച ഡോക്ടറുടെ/സർജന്റെ കൂടുതലായുള്ള അഭിപ്രായങ്ങൾ:

15. Nature of identity proof submitted by patient:
രോഗി സമർപ്പിച്ച തിരിച്ചറിയൽ രേഖയുടെ പ്രകൃതം:

16.

Sr. no (ക്രമ നം.)	Hospital Details ആശുപത്രിയുടെ വിവരങ്ങൾ	To be filled by Physician/Hospital ചികിത്സിച്ച ഡോക്ടർ/ആശുപത്രി പൂരിപ്പിക്കേണ്ടത്
a.	Hospital Registration number ആശുപത്രിയുടെ രജിസ്ട്രേഷൻ നമ്പർ:	
b.	No. of inpatient beds in the hospital (including ICU) ആശുപത്രിയിലെ ഇൻപേഷ്യന്റ് കിടക്കകളുടെ എണ്ണം (ഐ സി യു ഉൾപ്പെടെ)	
c.	No. of fully equipped operation theatres in the hospital ആശുപത്രിയിലെ പൂർണ്ണമായും സജ്ജമാക്കപ്പെട്ട ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്ററുകളുടെ എണ്ണം	
d.	No. of qualified nurses in the Hospital ആശുപത്രിയിലെ യോഗ്യതയുള്ള നഴ്സുമാരുടെ എണ്ണം	
e.	No. of fully qualified doctors the hospital have round the clock 24 മണിക്കൂറും ആശുപത്രിയിൽ ഉള്ള, പൂർണ്ണ യോഗ്യതയുള്ള ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം	

17. Details of Doctor's / Surgeons treated or advised the patient.

ഡോക്ടർമാരുടെ/രോഗിയെ ചികിത്സിച്ച സർജന്മാരുടെ അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശം നൽകിയവരുടെ വിവരങ്ങൾ

Name of the Doctor / Surgeon ഡോക്ടറുടെ/സർജന്റെ പേര്	Contact Details സമ്പർക്ക വിവരങ്ങൾ

Declaration:

(പ്രസ്താവന:

By The Hospital

ആശുപത്രിയിൽനിന്ന്

We hereby declare that the information furnished in this Claim Form is true & correct to the best of our knowledge and belief. We hereby authenticate the identity of the above person who underwent treatment at this hospital.

ഈ ക്ലെയിം ഫോമിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങളുടെ ഉത്തമ ബോധ്യത്തിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യവും, ശരിയുമാണെന്ന് ഞങ്ങൾ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. ഈ ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയ്ക്ക് വിധേയമായ മേൽപരാഞ്ഞ വ്യക്തിയുടെ തിരിച്ചറിയിൽ വിവരങ്ങൾ ഏതിനായാലും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Doctor's name & Qualification: _____

ഡോക്ടറുടെ പേരും യോഗ്യതയും:

Doctor's Signature: _____ Date: _____

ഡോക്ടറുടെ ഒപ്പ്:

തീയതി:

Address & Seal: _____

മേൽവിലാസവും സീലും:

(To be attested with Hospital Seal)

(ആശുപത്രിയുടെ സീൽ സഹിതം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തേണ്ടത്)

Note: All the questions are mandatory.

ശ്രദ്ധിക്കുക: എല്ലാ ചോദ്യങ്ങൾക്കും ഉത്തരം നൽകേണ്ടത് നിർബന്ധമാണ്.

Note : The present policy servicing form contains original content in English along with its vernacular translation. In the event of any disagreement arising between the translated version and the original English version, the English version shall be considered as final and shall prevail.

ബാധ്യതയനുസരിച്ച്: ഷപഥിതമാക്കിയ സൗഖ്യപത്രം കൂടിയുള്ള മൂലഭാഗം ഹിന്ദി പരിഭാഷിതമായി ഉൾപ്പെടുത്തിയതാണ്. ഇടപെടലുകളുടെ ഭാഗമായി ഉണ്ടാകുന്ന ഏതെങ്കിലും തർക്കത്തിൽ ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഗം അന്തിമമായി കണക്കാക്കുന്നതാണ്. ഇംഗ്ലീഷ് ഭാഗം അന്തിമമായി കണക്കാക്കുന്നതാണ്.